

年 組 番	児童・生徒氏名	男・女
記入日 月 日	保護者氏名	

*各質問の該当するところへ○または必要事項を記入してください。

質問1. 食物アレルギーはありますか。
 ない → 質問9へ
 ある



以下の質問にお答えください。

質問2. 食物アレルギーの原因となる食物は何ですか。

()

質問3. 学校での食物アレルギーに対する取り組みを希望しますか。

希望しない → 学校での取り組みを希望しない理由を、お答え下さい。

- 自分で取り除く
- 給食で出る程度の量なら症状が出ない
- その他 ()

→ 質問9へ

希望する *主治医指示による「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」を提出してください。



給食

調理実習

校外学習・宿泊学習

その他 ()

質問4. 給食、調理実習、校外学習・宿泊学習で除去を希望する食物は何ですか。

()

質問5. 今までどのような症状がでましたか。

- 皮膚症状(発赤、痒み、腫脹、じんましんなど)
- 呼吸器症状(咳込み、息苦しさ、ゼイゼイなど)
- 消化器症状(腹痛、下痢・嘔吐など)
- 全身症状(ぐったりする、呼びかけに反応しないなど)
- その他 ()
- アナフィラキシー

*アレルギー反応により強い皮膚、呼吸器、消化器、全身症状が同時に複数おこることを「アナフィラキシー」と言います。

裏面へ続く⇒

質問6. 医師による食物アレルギーの診断・指示、食物除去等がありますか。

() 医師の診断・指示

診断された年月：	
主治医：	病院：

() 医師の診断・指示ではなく、保護者の判断で食物除去を行っている

() その他 ()

質問7. エピペン®を処方されていますか。

() いない

() いる



何本処方されていますか。(本)
どこに保管していますか。
() 家庭保管
() 学校保管
() 本人保管 (保管場所：)

質問8. アレルギーに関してエピペン®以外で持参する必要のある薬はありますか。

() ない

() ある 薬品名 ()

質問9. 食物アレルギー以外の病気で食事の制限はありますか。

() ない 以上で終わりです。

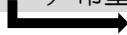
() ある 質問 10 へ

質問 10. 質問 9 で「ある」と答えた方のみお答えください。

給食での病気による対応食の実施を希望しますか。

() 希望しない

() 希望する *主治医指示による診断書を提出してください。



内容： []

※学校の実情によってできない対応もありますのでご了承ください。

質問 11. その他、心配なことがありましたらご記入ください。

--